

オーストラリアの医療保障制度

— 財の性質と負担の観点から —

八木原 大

実践女子大学人間社会学部非常勤講師

1. はじめに

現在先進諸国は今後不可避免的に迎えることになる高齢社会において、特に福祉関連費用の需要増加とその財源の確保並びに政府支出の削減という目的を同時に達成させるという難しい選択に迫られている。このような状況を顕著に表わしている分野の一つである保健医療の分野においても、厳しい財政環境が見込まれる状況下で財政の健全性を維持しつつ、増加する財政需要に対応する制度を設計する必要性に直面している。その際には、保健医療という公共サービスの財の性質を踏まえた上で現状の給付を把握、分類し、その性質と負担の関係が明確になるような形で制度の設計をすることが肝要であると考えられる。

そうした中、本稿における課題は先進諸国の中でも極端な垂直的財政不均衡という財政的特徴をもつオーストラリアが今後最も財政需要の増加が不可避免の状況である医療保障という基礎的サービスの供給に関して、連邦と州の財政関係を考慮しつつ、どのような方向性をもって取り組んでいるかを明らかにすることにある。

オーストラリアは1984年に導入されたメディケアにより国民皆保障制度を確立しており、原則的には無料の医療サービスを全国民に提供する英国に近いシステムである。オーストラリアは日本と並ぶ長寿国でもあり、医療分野における公共サービスの質は高いと考えられる。医療保障の財源は主に税で運営されており社会保険制度は存在しないが、民間保険料等の医療関連費用の負担能力のある者に対しては上乘せサービスを認めている。オーストラリアの医療保障制度は、民間保険を活用しながら制度の持続可能性を確保しつつ、税方式の国民皆保障を実現しているという特徴がある。

オーストラリアの医療保障制度における近年の先行研究は、日本では欧米諸国の研究に比べそれほど多くない。オーストラリアの社会保障制度を経済と行財政の関連で考察した大浦[1999]、日本とオーストラリアの社会保障・福祉を比較し、日本の社会保障制度の問題点の解決策を探っている西村[1999]、オーストラリアの医療保障制度を詳細に分析している藤崎、高木[1999]、オーストラリアの医療保障制度の変遷を辿りつつ直近の制度概要とわが国への示唆について考察をしている丸尾[2009]等がある。しかし、これらの考察の対象の多くは医療制度そのものであり、財

政との関連において考察しているのは筆者が知る限り大浦[1999]のみである。ただし、大浦[1999]は経済、行財政との関連で医療保障制度の特徴を浮き彫りにしているものの、医療サービスという財の性質の観点からそのあり方を踏まえて考察しているわけではない。医療サービスを考察する上ではその財源確保の問題は避けることができないと同時に、その財源をどのような医療サービスに割り当てるのかという視点は財政の健全性の確保という側面から重要であると考ええる。

そこで本稿の構成は以下のとおりである。まず第2節では公共サービスの内容を財の持つ性質（競合性、排除可能性、外部効果）及び再分配政策の観点から検討し、その公共サービスの供給にあたって受益者負担の可能性について言及する。

第3節においては現行のオーストラリアの医療保障制度に触れる。オーストラリアの医療保障制度であるメディケアを運営するための財源は目的税として位置づけられるメディケア税（Medicare Levy）及び一般財源であり、税方式を採用している。税金のみをその財源としている点はオーストラリアの医療保障分野の特徴的な部分である。

第4節では医療保障制度の財源と支出の現状について触れ、次いで第5節では特に民間保険との関わりを見ていく。

そして第6節では第2節での枠組みを用いて具体的にオーストラリアの医療保障サービスを評価する。そのため、医療保障サービスの内容を14項目に分類し、それぞれの受益者負担の可能性を探る。次に実際の医療サービスの項目別財源と負担の関係について検討を加え、矛盾点を浮き彫りにする。そこでは特に民間保険料リベート制度について取り上げ、その負担の帰着について言及する。そしておわりににおいてそれまでの議論をまとめるとともに、現状のオーストラリアの医療保障制度改革の取り組みについても簡単に言及する。

2. 公共サービスにおける受益者負担の可能性

本節では、まず医療サービスのもつ性質を明らかにするために、いくつかの視点から受益者負担の可能性について言及する¹。

財政学における公共財の理論では、純粋公共財は消費の非競合性と排除不可能性という2つの特徴を有している財と定義されている。それに対して医療サービスは基本的には市場で効率的に供給することが可能な私的財と類似した財である。なぜならば、医療サービスの便益は一般的には個人に帰着するため競合性は高く、また負担をしていない者を排除することも財の性質から判断すれば可能だからである。しかし、医療サービスが純粋な私的財と異なるのはその外部効果であり、その点に着目して一般的には価値財と位置付けられている。

そこで本節ではオーストラリアの医療サービスの内容を受益者負担の可能性の観点から評価する際の枠組みについて言及する。公共サービスの受益者負担の可能性を探るにあたり、消費の競合性と排除可能性という2つの性質の組み合わせだけでなく、外部効果、再分配政策という要素も取り込んで検討する。外部効果は公共財の性質を明らかにする上で、また再分配政策は政府がその公共サービスをどのように位置付けているかを確認する上で重要な要素である。以下では、

それぞれの要素及びその関係性について言及する。

公共サービスの消費パターンは大きく分けて2通りが考えられる²。一方は消費が自発的なされるパターンと、もう一方は消費が強制的になされるパターンである。消費の自発性とは公共サービスを実際に消費するかどうかは個人の選択に依拠していることであり、主に個別消費性のある財を消費する場合にあてはまる。これに対して消費の強制性とは公共サービスの消費が集合的なされることであり、消費が強制される。これは主に共同消費性のある財を消費する場合にあてはまる。

公共サービスにおける消費の競合性は非競合的か競合的に分けることができるが、さらに混雑する可能性についても言及する必要がある。非競合的な財は混雑する可能性はなく、その財の供給量は人数に限らず等量である。しかし、競合的な財は混雑する可能性がある。すなわち混雑する可能性のある財（以下、混雑財とする）は利用する人数がある一定量までは消費量は低下しないが、一定量を超過した場合には競合性が高まり、混雑現象によりその財の消費量は低下する。混雑財は「常に競合的な財」とは異なるが、競合的な財ではある。このことから、競合性についてはまずは非競合的か競合的に分けることができる。また、競合的な財には受益者負担の可能性はある。

次に排除可能性である。公共サービスを市場取引と類似した形で提供しようとする場合、負担しない者を排除するために要するコストは排除コストである。例えば公衆衛生による便益から費用を負担していない者を排除しようとした場合、技術的に排除は不可能である。このような場合受益者負担とすることはできない。そのため、排除可能性は低いコストで排除が可能な場合に受益者負担の可能性はある。

ここで競合性と排除可能性の関係について整理すると、公共サービスが非競合的である場合には、大抵は排除不可能である。つまり非競合的な財の場合、インターネット等のサービスを除き特定の人をその消費から排除することは不可能であるからである³。それに対して、競合性のある財は個別消費性があるためほとんどの場合、排除可能である。したがって、基本的には非競合的な財は排除不可能であり、競合的な財は排除可能であるという2つのパターンで整理することができる。

外部効果とは市場を通さずに、ある消費者・生産者の経済活動から他の消費者・生産者が直接的に対価を授受することなく何らかの影響を受けることである。この定義に基づけば外部効果はその財・サービスが共同消費される場合には個人の消費が他人の効用にほぼ等しく影響を及ぼすため認められ⁴、また個別消費される場合にも認められる。

再分配政策とは公共サービスの消費にあたって個人の所得の違いや支払能力等を勘案し、政策的に分配状態を配慮しているか否か、をいう。再分配政策の必要があると認められる公共サービスは市場でそのサービスを購入できない個人に対して公共サービスの供給を受けることが可能となるように、全面的にもしくは部分的に一般財源等による負担を求める財であり、その場合には受益者負担の可能性は政策上意図的に低くなる。再分配政策は社会的に望ましいパレート最適が達成されている状態においても政府介入の根拠となり、租税制度や補助金制度を通じておこなう方法の他、現物給付も含まれる。

これまでの内容をまとめると、図1のように分類することができる。第一分類は競合性、排除可能性及び外部効果があり、さらに再分配政策を行っているケースである。この場合、財の性質には競合性・排除可能性があるため市場による供給が可能である。しかし、その財に外部効果がある場合、財の性質上最適供給の観点から完全に受益者負担とすることはできない。そこでこの財に対して政府が外部効果の補正をするために税金を投入することで社会的に望ましいパレート最適を達成できる。さらに政府がその財に対して再分配政策を行うことで、社会的に望ましいパレート最適の水準とは異なる一定の供給水準を確保することができる。この場合、受益者負担の可能性は政策的な観点からなくなる。

第二分類は競合性、排除可能性、外部効果がそれぞれあるが、再分配政策がないケースである。競合性・排除可能性のみを考慮すれば市場による供給が可能であるが、外部効果があるためその財の供給量は第一分類と同様社会的に望ましい水準とはなっていない。そのため受益者負担のみで最適な供給量を確保することはできない。そこで外部効果を補正する目的で税金の投入によって料金を引き下げ、一定の供給量を確保する。そのため、限定的な形で受益者負担が可能となる。

第三分類は競合性、排除可能性があり、外部効果がない財であるが、再分配政策を行っているケースである。競合性・排除可能性があるため市場による供給が可能であり、さらに外部効果がないため財の性質としては受益者負担の可能性はある。しかし政府が再分配政策を行っているため受益者負担の可能性はない。

第四分類は競合性、排除可能性はあるが、外部効果がない財であり、また、再分配政策も行っていないケースである。競合性・排除可能性があるため市場により効率的な供給が可能であり、さらに外部効果もないため財の性質としては受益者負担の可能性はある。また政府も再分配政策を行っていないため、十分に受益者負担の可能性はある。

第五分類は純粋公共財としての位置付けであるため、競合性及び排除可能性はないが、外部効果はあると考えられる。そのため、市場での取引が成立しない、もしくは十分な量が供給されない。この場合には市場が適正に機能していないため、その部分を補正する必要がある。外部効果が原因であれば、外部効果を補正する必要がある。このようなケースでは受益者負担は不可能である。

図1 受益者負担の判定要素とその可能性

財・サービスの 内容	受益者負担判定要素				受益者負担 の可能性	分類
	競合性	排除可能性	外部効果	再分配政策		
消費の自発性を有する財	○	○	○	○	×	第一分類
	○	○	○	×	△	第二分類
	○	○	×	○	×	第三分類
	○	○	×	×	○	第四分類
消費の強制性を持つ財	×	×	○	×	×	第五分類

※筆者作成。

本論文ではこの枠組みと実際の制度を比較するが、その前にオーストラリアの現実の医療保障制度を概観する。

3. 医療保障制度の歴史と仕組み

オーストラリアの医療保障制度は1984年に成立した全国民を対象とした医療保障制度であり、メディケア（Medicare）と呼称されている。制度の基本的な枠組みは1973年の健康保険法の規定に基づいており、政策の責任は連邦の保健・高齢化省（Department of Health and Aging）が担っている。

オーストラリアにおける医療制度を歴史的にみると、特徴的な動きがあったのが1940年代である。この頃から社会福祉に関する連邦政府の権限が拡大・集中していくことになるが、その背景には第二次政界大戦のための戦費調達による租税力の連邦政府への集中と大戦中に州が経験した福祉行政における支出規模の拡大に対する予測不安があり、現金給付の福祉は州には重荷となっていたことがある。

カーティン・チフリー労働党政権は、連邦政府が第二次世界大戦中に得た所得税の権限を利用して、社会保障制度の整備に取り掛かった。1943年2月にカーティン政権によって「国民福祉基金法」（National Welfare Fund Act）が成立するが、この基金は労働党の福祉観を反映しており、担税能力に応じて徴収された一般会計の財源を原資として、福祉給付を所得再配分の観点から国民に一律与えようとしたものであった⁵。

その後1944年に医薬品の給付システムである「薬剤給付法」が成立したが、この法律は、主に医師会が中心となって憲法違反であるとし、オーストラリアの最高裁（High Court）で憲法訴訟がなされ、結局、1945年に違憲無効と判断された⁶。また、同年には「病院給付法」により公立病院の入院治療が無料化された⁷。1950年代に入ると1953年には「国民保健法」（The National Health Act 1953）が制定され、民間保険への助成などを備えた医療保障制度が成立した。

その後オーストラリアは任意の健康保険制度を継続していくことになるが、1970年代に入ると、これまでの限定的・選別的であった社会保障制度に対する問題点が指摘され始めた。それまで医療保障制度は民間保険中心に運営されてきており、それとは別に低所得者等に対する医療給付制度は存在していたものの、一般の国民は民間の医療保険に加入することで、医療保険サービスを受けていた。この民間保険の保険料に対して連邦政府は一定の税額控除制度を設けていたが、その税額控除は保険会社・州ごとにその税額控除額が異なっている点や、無保険状態の者がいる点、民間保険の定額保険料が低所得者にとって不利に働くという点が問題視されたのである⁸。

そのため連邦政府は医療・福祉制度の充実を掲げ、1974年に議会でオーストラリアにおいて、最初の強制加入による国民健康保険制度である通称メディバンク（Medibank）が議会で可決され⁹、1975年7月よりウィットラム労働党政権下で導入された。メディバンクはすべてのオーストラリア人を対象にした、最も公平で効率的な健康保険制度を提供することを目的として当初スタートした。そして、その財源として納税者の課税所得の1.35%を課すことで財源を確保する予

定であったが、議会で否決され、最終的には一般財源より財源を確保することになった。メディバンク制度における公立病院の医療サービスは州政府が中心となって運営されていたが、その運営資金は1973年に制定された、「健康保険法」(Health Insurance Act 1973)に基づき連邦政府が協定の中で公認した公立病院の純経常支出の50%を補助金として拠出したりしていた。

しかし、メディバンクが導入されてわずか数カ月で労働党政権が崩壊し、新たに政権がフレーザー保守党政権に移った。このことを契機に、強制加入による国民健康保険制度が段階的に廃止されることになる。メディバンクはメディバンクプライベート (Medibank Private) となり、1976年10月に連邦政府が医療保険委員会 (the health Insurance Commission) の一部として民営化された。この後、1978年にメディバンクは完全に廃止されるが、その一方で民間保険へ国民を誘導する政策として、1981年には民間保険料の32%を個人の所得税から控除する税額控除制度も採用された。

1978年に保守党政権下において廃止された強制加入による国民健康保険制度であったが、1983年に政権がホーク労働党政権に移ると、国民全体の医療サービスの向上に向けてメディケアと呼称を変えて、1984年より再び普遍主義的な皆保険制度が復活した。これにより、オーストラリアの医療保障制度は国民皆保障制度によって、連邦政府により全国一律に運営されることになり、現在まで継続されている。導入に際して、連邦政府は州政府との間にメディケア協定を結び、州財政収入の35%にも相当する医療財源補助金を交付した。これにより患者がプライベート患者として扱われることを選択しなければ、公立病院で全国民が無料で処置が受けることができるようになった。

国民に対して整備されている医療機関の体制は、GPと呼ばれる一般開業医 (General Practitioner)、専門医 (Specialist)、病院 (Hospital)、薬局 (Chemist)、検査機関のという5つに分類することができる。そのため内科、外科、皮膚科など歯科を除く全ての医療分野を扱う一般開業医が一次医療を行う役割がある。病院は公立病院と私立病院に分けられ、公立病院の資金調達は連邦政府と州政府が共同で行い、実際の運営・管理は州政府が行っている。

メディケアは、①公立病院の公的患者 (Medicare patient または public patient) に対する医療サービスの無料提供、②医師、眼科医、歯科医等の専門医に対して支払った治療費、私立病院での治療費、公立病院での受診時にプライベート患者¹⁰(private patient)を選択した場合に、その医療サービスの一定部分の給付の基準となるメディケア給付スケジュール (Medicare Benefit Schedule: MBS、以下 MBS とする。)、③処方箋薬代を補助する薬剤給付制度 (Pharmaceutical Benefit Schedule: PBS、以下 PBS とする)、④州政府等への特定目的補助金の交付、といった内容から成り立っている。このため、メディケアの範囲とならない部分は民間保険によって充当されるか、もしくは患者の自己負担となる。

メディケアの適用となる範囲は、一般開業医にかかる外来医療サービス、公立病院で患者が公的患者を選択した場合には、外来、入院、入院に伴う食事その他の健康サービス等であり、これらに関しては無料で医療サービスを受けることができる。さらに、公立病院でプライベート患者を選択した場合には、医師に対して診療費等を支払うが、メディケアから医師に対する診療費の

一定割合が償還される。私立病院においては公立病院のプライベート患者の扱いと同様であり、医師に対して診療費、病院に対して病院費等を支払い、メディケアから医師に対する診療費の一定割合が償還される。

この医師に対して支払った診療費の一定割合の償還の基準となるのが MBS である。MBS は連邦政府が作成した医療サービス別の標準的な診療報酬リストであり、民間病院や専門医による一定の医療サービスを受診した場合には、MBS の基準に基づいてメディケア給付が行われる。この MBS は毎年見直しが行われている。

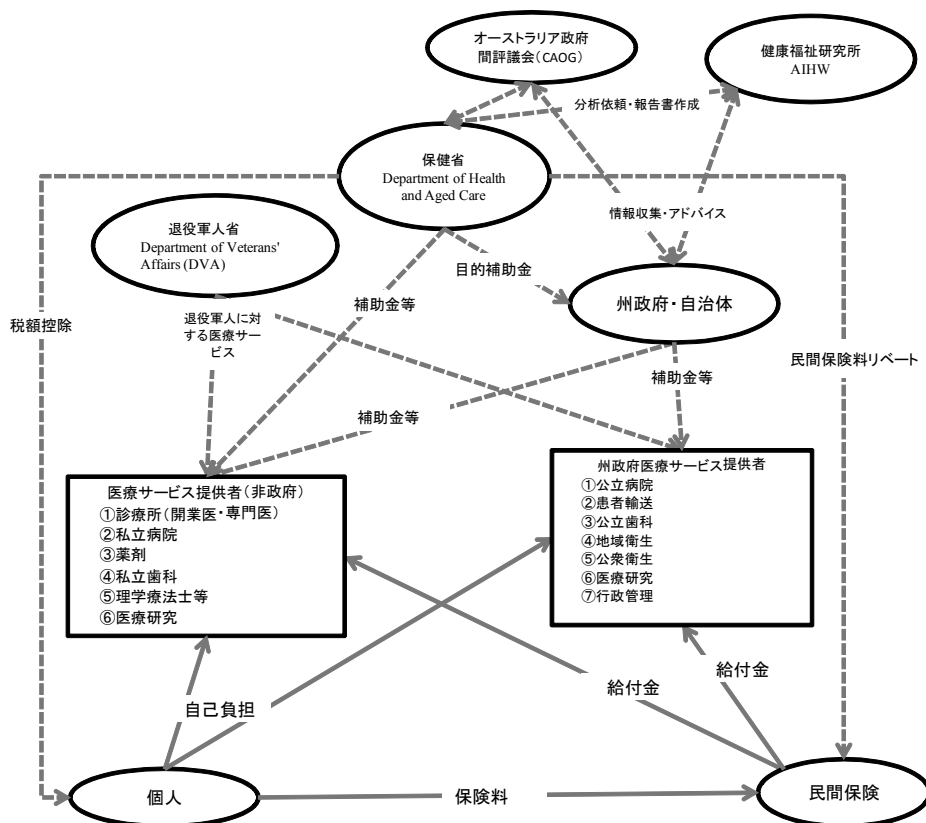
メディケア給付率は専門医・公立病院でプライベート患者を選択した場合の外来医療費・民間病院の外来医療費については MBS の 85%、また公的病院でプライベート患者を選択した場合の入院・民間病院での入院については MBS の 75%となっている。

薬剤の給付はメディケアとは別建ての公的な仕組みが設けられている (PBS)。この仕組みは 1953 年に「国民保健法」(The National Health Act 1953) の規定によって確立され、開始された制度である。PBS はオーストラリアの国民がタイムリーに、信頼できる、購入しやすい価格で薬を入手することができるという観点から、患者の処方箋薬代を補助する目的で設けられた制度である。処方箋薬の購入には上限が定められており、患者はその上限額までは自己負担をし、その上限を超える場合には PBS から支払われることになる。

医療保障サービスの枠組みは図 2 に示すとおりである。この枠組みの中で特徴的なのは Australian Institute of Health and Welfare (以下 AIHW とする。) と Council of Australian Governments (以下 COAG とする。) の 2 つの機関である。AIHW は 1987 年に設立された法定機関であり、州政府及び自治体が提供するデータを分析し連邦保健省に対して報告すると同時に、州政府や自治体に情報提供もするといった健康・福祉分野におけるサポートを役割としている。

1992 年 5 月に設立された COAG は医療分野のみならず、連邦と州間の調整に関して最高決定機関としての位置づけをもっており、特定の政策分野に関して連邦と州間で政策協力や協議が必要とされる場合には、COAG や管轄する 40 以上の閣僚協議会で議論される。連邦政府、州政府、自治体は、首相を通じて情報を COAG に提供する。

図2 オーストラリアの医療保障制度の組織的・財政的フレームワーク



注：実線は個人、点線は政府による資金の流れを示す。

資料：AIHW（2009）等より作成。

4. 医療保障システムの財源と支出の現状

前述したようにメディケアは税金のみを財源に確立されている。以下ではオーストラリアの医療保障制度における財源と支出を概観することにする。

4.1 歳出構造における医療支出の位置付け

オーストラリアの一般政府における歳出の概要を示したのが表1である。2006年度の連邦政府、州政府、地方自治体の一般政府部門の目的別の歳出内訳で見ると、連邦政府において大きな支出要因となっているのが、社会保障関連費及び保健医療の分野であり、これらを合計すると連邦政府の全歳出の半分以上を占めている。

同様に州政府に関しても見てみると、連邦政府と同じく医療保障の分野での支出が州政府の全体の支出総額の4分の1を占めており、またそれとほぼ同じ割合で教育関連費が州政府においては中心的な支出項目となっている。また地方自治体では住民自治に密着した性質の支出が多く

なっており、特に住宅・居住環境整備や交通網の整備等の歳出が多くなっている。これらを合計した全ての政府レベルを見ると教育、保健医療、社会保障・福祉関連の支出が全体の約60%を占めている。

表1 一般政府部門の目的別歳出内訳 2006年度（百万豪ドル）

	連邦政府		州政府		地方自治体		全政府合計	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
総務	14,008	5.4%	4446	3.0%	4,376	19.8%	21,734	6.0%
防衛	16,656	6.4%	0	0.0%	0	0.0%	16,656	4.6%
公共秩序、安全	3,319	1.3%	14723	10.1%	532	2.4%	18,365	5.1%
教育	16,321	6.3%	37292	25.5%	87	0.4%	51,883	14.4%
保健医療	39,947	15.5%	37295	25.5%	272	1.2%	66,488	18.4%
社会保障・福祉	92,074	35.6%	9614	6.6%	1,332	6.0%	100,874	28.0%
住宅・居住環境整備	2,920	1.1%	7872	5.4%	5,172	23.4%	14,258	4.0%
レクリエーション・文化	2,698	1.0%	3720	2.5%	3,126	14.1%	9,366	2.6%
燃料・エネルギー	4,507	1.7%	1354	0.9%	16	0.1%	5,828	1.6%
農林水産業	2,815	1.1%	3105	2.1%	49	0.2%	5,128	1.4%
鉱工業、建設業	1,920	0.7%	673	0.5%	273	1.2%	2,840	0.8%
交通・通信	3,296	1.3%	15720	10.7%	4,752	21.5%	20,267	5.6%
その他	58,070	22.5%	10533	7.2%	2,109	9.5%	27,041	7.5%
合計	258,551	100%	146,347	100.0%	22,096	100%	360,728	100%

注：「全政府」には複数政府が管轄する部門を含んでいるため各政府歳出の単純合計とは一致しない場合がある。

資料：Government Finance Statistics 5512.0 2005-06 Table 31, 32 : Australian Bureau of Statistics.

4.2 医療費支出の変遷

オーストラリアの年間総医療費は2007年度（2007年7月から翌年6月まで）で1,035億豪ドルとなっている。2006年度の年間総医療費は977億豪ドルであり、前年比で9.1%の増加である。対GDPにおいては2007年度では9.1%となっており、2004年度から9%台で推移している。また、年間総医療費を一人あたりにした場合、2007年度では4,874豪ドルとなり、2006年度と比較すると実質的な数値では4.2%の増加となっており、近年着実に増加傾向にあることがみてとれる。オーストラリアにおいても高齢社会に伴う医療費支出の増加は避けられない課題となっているのである。

表2 医療費支出総額の推移及び対GDP比

年	医療費支出の総額		GDP		対GDP比 (%)
	豪ドル(百万)	増加率(%)	豪ドル(百万)	増加率(%)	
1997-98	44,802	-	577,373		7.8
1998-99	48,428	8.1	607,759	5.3	8.0
1999-00	52,570	8.6	645,058	6.1	8.1
2000-01	58,269	10.8	689,262	6.9	8.5
2001-02	63,099	8.3	735,714	6.7	8.6
2002-03	68,798	9.0	781,675	6.2	8.8
2003-04	73,509	6.8	841,351	7.6	8.7
2004-05	81,060	10.3	897,642	6.7	9.0
2005-06	86,685	6.9	967,454	7.8	9.0
2006-07	94,938	9.5	1,045,674	8.1	9.1
2007-08	103,563	9.1	1,131,918	8.2	9.1

資料：Australian Institute of Health and Welfare (2009), p9.

4.3 医療財源としてのメディケア税の位置付け

オーストラリアの医療制度にかかる財源は目的税としてのメディケア税と一般財源により賄われており、現行制度のもとでは基本的に国民は全国一律に課税所得の1.5%がメディケア税として課税される。表3はメディケア税が導入された1984年度から2005年度までのメディケア税の歳入及び医療費の総額に占める割合を示しているが、特に医療費総額に占めるメディケア税の割合はここ20年間では2割程度しかない。そのためこの分野の支出はほぼ一般財源によって賄われていると考えてよい。

表3 メディケア税の歳入総額及び医療費総額に占める割合

	1984-85	1990-91	1995-96	2000-01	2004-05	2005-06
メディケア税(百万豪ドル)	1,223	2,480	3,350	4,605	6,105	6,525
歳入総額(百万豪ドル)	52,970	92,739	115,700	146,698	188,176	203,918
歳入総額に占めるメディケア税の割合	2.3%	2.7%	2.9%	3.1%	3.2%	3.2%
医療費総額に占めるメディケア税の割合	19.0%	22.1%	20.1%	18.1%	17.5%	17.8%

資料：Australian Institute of Health and Welfare (2008), p522.

現在、メディケア税は個人の課税所得の1.5%となっているが、メディケアが導入された当初は個人の課税所得の1%であった。その後1986年には課税所得の1.25%、1993年には1.4%、1995年には1.5%と段階的に引き上げられている。

これに対して、低所得者層に対しては免税措置が取られている。この免税措置は単身者と夫婦また年金受給者の区分に分られており、さらに夫婦の場合には子供の人数に応じて課税最低所得の金額が異なる。以下では単身者と夫婦の場合の免税措置について見ていくことにする。

まず単身者の場合、2008年には課税最低所得金額が17,309豪ドルであったが、2009年7月1日以降、メディケア税の課税最低所得金額が17,794豪ドルに引き上げられた。次に夫婦の場合、子供の人数によって、課税最低所得の金額が異なる。表4に示されているとおり、子供がいない夫婦の場合、2008年には課税最低所得金額が29,207豪ドルであったが、2009年7月1日以降、

30,025 豪ドルに引き上げられた。また、子供が 1 人の場合には 2008 年には課税最低所得金額が 31,889 豪ドルであったが、2009 年 7 月 1 日以降、メディケア税の課税最低所得金額が 32,782 豪ドルとなっている。

これに対して中高所得者層には「Medicare Levy Surcharge」という追加のメディケア税の負担がある。このメディケア追加税は民間医療保険に加入していない納税者が課税の対象となり、1 % が追加的に賦課される制度である。この制度の背景には今後増加することが見込まれる医療保険支出を抑えるために、民間保険の活用を促す政策的意図がある。この制度は 1997 年 7 月より導入され、夫婦の世帯所得が 10 万ドル以上の場合に 1 % 追加的に課税され、2008 年度までに段階的に拡大され、単身者の場合課税所得が 5 万豪ドル、夫婦の場合世帯所得が 10 万豪ドル以上の者に対して賦課されている。さらに、2009 会計年度からは単身者の場合には 7 万 3 千豪ドル、夫婦の場合、14 万 6 千豪ドル 以上が対象であり、子供が 1 人増えるごとに 1,500 豪ドルずつメディケア税の課税対象基準額は高くなる¹¹。つまり、課税所得の 1.5 % をメディケア税として支払う義務に加えて、中高額所得者にはプラス 1 % が追加的に賦課されるのである。例えば課税所得が 10 万ドルで民間医療保険に加入していない単身者を例にとると、通常のメディケア税の 1.5 % + 1 % の合計 2.5 % が課税所得に対して課税されることになる。

表 4 家族世帯におけるメディケア税の課税最低所得金額

子供(人)	世帯所得(豪ドル)	
	2009年度	2008年度
0	30,025	29,207
1	32,782	31,889
2	35,539	34,571
3	38,296	37,253
4	41,053	39,935
5	43,810	42,617
6	46,567	45,299

資料：Tax Laws Amendment (Medicare Levy and Medicare Levy Surcharge) Bill 2009, p. 8.

4.4 政府部門と民間部門の年間医療費の使途別の内容

これまで、主にオーストラリアの年間医療費の規模及びその財源について触れてきた。そこで次に、政府部門と民間部門の年間医療費の使途別の内容について言及することにする。

2005 年度の医療費については年間医療費総額が 869 億豪ドルであり公立病院及び民間病院の合計が 310 億豪ドル (35.7%)、診療所等が 155 億豪ドル (17.8%)、処方箋薬代が 115 億豪ドル (13.2%) であり、これらが年間医療費総額に占める 3 つの大きな項目であり、主な財源の使途となっている。また財源の負担構成でみると、年間総医療費総額 869 億豪ドルのうち、連邦政府が 372 億豪ドル (42.9%)、州政府及び地方自治体が 216 億豪ドル (24.9%) であり、公的部門で 589 億豪ドル (67.8%) となっている。それに対して民間部門は、主に民間保険及び個人負担が

ら構成されており、民間保険が63億豪ドル（7%）、個人負担が151億豪ドル（17.4%）の負担構成となっている。

さらに、医療サービス別には公立病院及び民間病院の支出合計310億豪ドルのうち225億豪ドル（92.4%）を公的部門（連邦政府、州政府、地方自治体）で負担している。これに対して民間病院の場合、支出額が67億豪ドルのうち、約半分の31億豪ドル（45.7%）を民間医療保険が負担している。

特徴的な医療サービスの項目としては診療所等、歯科、処方箋薬がある。診療所等は155億豪ドルの支出となっているが、その負担の構成は連邦政府が122億豪ドルであり、全体の約80%を負担している。逆に歯科の場合53億豪ドルの支出であるが、民間部門である民間保険と個人負担で、全体支出の81.2%を賄っている。また、処方箋薬に関しては州政府の負担がないことも特徴的な点として指摘することができる。

5. 医療保険システムと民間保険とのかかわり

これまでオーストラリアの医療保障制度の現行システムについて言及してきたが、その特徴として公的部門を基礎としながらも、民間部門を利用して効率的な医療保障制度を構築しようとする試みもなされてきている。そこで民間医療保険を充実させるための政策及び民間医療保険が適用される範囲を述べることにする。

民間部門を活用するための政策として主なものに「民間保険インセンティブ法案1996」(Private Health Insurance Incentives Bill 1996)がある。これは1996年12月より導入され、特定の個人の民間健康保険料が減額されるような仕組みであること、および個人の民間保険への参加の水準を安定させること、などの特徴がある。連邦政府は民間健康保険の適用範囲の水準を安定させるために民間健康保険に加入していない課税最低限を超える者に対して、メディケア税の税率を引き上げるという措置を導入すると同時に、民間保険の加入者には民間保険への保険料の支払いに対して、一定の税額控除制度を導入している。具体的には1997年より民間医療保険に加入していない夫婦の世帯所得が10万豪ドルを超える場合には追加的に1%の「Medicare Levy Surcharge」が賦課された。これに対して、民間保険の加入者には1999年1月に民間保険会社に支払う保険料の30%相当額を個人の所得税から還付する税額控除制度を導入した。1997年以来導入された民間保険への加入促進を目的とした政策は、徐々に功を奏する結果となり、2000年には民間医療保険加入率は45%にまで上昇し、近年でも40%を超える水準で推移している。

民間医療保険は公立病院におけるプライベート患者や、私立病院での受診を選択した患者に対して、メディケアで給付されない入院費や専門医による医療サービス費用に対する支払をカバーする制度である。このメディケアでカバーされない部分を幅広くカバーするのが民間の保険会社が提供する民間医療保険（Private Health Fund）の役割である。

これらを踏まえると、民間保険によってカバーされる範囲には、医療機関に対して実際に支払う費用とメディケアの給付額の差額（GAP）である自己負担にかかる部分と、そもそもメディケ

アが適用されない治療費や歯の治療、眼鏡等の治療をした場合に民間保険を利用して支払うケースの2つがある。

6. 医療保障制度の評価

本節では第一節で検討した受益者負担の可能性に基づき現実のオーストラリアの制度を評価する。そのため、オーストラリアにおける現実の医療サービスの内容を14項目に分類し、各医療サービス別に受益者負担の可能性を探る。その後、現状の医療サービスに対する負担とそれぞれの分類における基準とを比較することで、矛盾を浮き彫りにする。次いで、その矛盾が引き起こす影響について言及する。

6.1 医療保障サービスの内容と負担の割当

6.1. (1) 医療サービスの内容と受益者負担の判定要素

これまで、第一節において受益者負担判定要素として競合性、排除可能性、外部効果、再分配政策の4つの要素を取り上げてきた。以下ではその4つの要素にそれぞれ基準を設定し、実際の医療サービスの内容がどのような性質を持っているのかを個別に検討していく。

【競合性】

- ：非競合的であり、混雑する可能性はない。
- ×：競合的である。

【排除コスト】

- ：排除可能である。
- ×：排除不可能である。

【外部効果】

- ：外部効果がある。
- ×：外部効果がない。

【再分配政策】

- ：全額公的負担となる再分配政策を行っている。
- △：一部公的負担となる再分配政策を行っている。
- ×：再分配政策を行っていない。

【受益者負担の可能性】

- ：十分に受益者負担の可能性がある。
- △：限定的に受益者負担の可能性がある。
- ×：受益者負担の可能性はない。

【財・サービスの内容】

・【公立病院及び私立病院】

公立病院は主に地方政府が地域における基幹的な公的医療機関として、地域住民に対する地域医療の確保を目的としている病院を指し、無料で医療サービスを提供している。私立病院は連邦政府、州政府等補助金を受けない病院をいう。

私立病院はより患者の希望に沿った医療サービスの提供が可能な点で公立病院とは異なる。公立病院でプライベート患者を選択した場合及び、私立病院の診療でメディケアの範囲内の診療の場合、一定額が償還されるが、その政府負担部分は統計上、「診療所等」に含まれている。

・【患者輸送サービス】

自宅から病院への輸送や病院から病院への輸送などの患者の移動を助けるサービスである。多くの州では受益者負担となっているが、クイーンズランド州では患者輸送サービスに関する費用負担は電気会社の請求書に自動的に税金として含まれている。そのため、クイーンズランド州の住民であればサービスの内容により異なるが無料で患者輸送サービスを利用できる。そのため、クイーンズランド州については受益者負担というより、保険としての意味合いが強い。

・【診療所等】

診療所は内科、外科、小児科、婦人科、皮膚科など、歯科を除く全ての医療サービスをカバーし、主に軽い病気やケガの診療にあたり、第一次診療としての役割をもつ病院以外の医療機関である。メディケアの範囲内の診療で、一定額が償還された場合には統計上、この費用項目に含まれる。

・【公立歯科・私立歯科】

公立歯科は主に地方政府が地域住民に対して歯科治療を提供することを目的としている専門医による歯科治療を指し、一方で私立歯科は公立歯科以外の歯科治療である。歯科治療に関してはオーストラリアの歯科医師の約8割が一般歯科医師であり、専門歯科医師が1割に過ぎず、メディケアで支払われるのは専門医たる歯科医師による医療サービスのみである。

・【処方箋薬】

主に医師による処方箋に基づき購入される医薬品である。処方箋薬はメディケアとは別に薬剤給付制度が設けられている。これは住民がその地域において、必要な薬を購入することを保証する制度であると同時に、処方薬の価格を設定している制度であり、患者の自己負担が過剰とにならないような配慮がされている。処方箋薬に関しては安価でサービスを受けることができるように制度が整備されている。

・【医療器具】

車椅子、補聴器、メガネ等の治療目的の器具をいう。医療器具に関しては基本的には受益者負担となっているが、連邦政府が1981年に障害者に対する補助具供給事業を導入したことによ

り、障害者に対する補助具の無料支給をしている。そのため、一部の医療器具に対しては再分配政策が実施されている

・【その他の医療従事者】

オーストラリアの場合、医者と歯科医以外の開業医によって提供されるサービスである。例えば、指圧療法士、検眼士、物理療法士、言語療法士、聴覚科学者、栄養士等があげられる。これらの医療従事者に対しては再分配政策の対象とはなっていない。しかし、高齢者福祉に位置づけられるものについては再分配政策が実施されており、高齢者の負担が軽減されている。

・【地域衛生】

地域特有の問題に基づく健康、保健、医療に対する企画・立案・実施をいう。例えば幼児検診、アボリジニ、トレス海峡諸島民、移住者への健康、医療サービス、アルコール中毒患者、薬物治療、精神病患者のための専門精神衛生プログラム等がある。

・【公衆衛生】

医薬品の安全性対策、伝染病の管理、健康食品規制、アルコール規制、薬物規制といった疾病予防、健康促進事業等の国全体の医療規制の企画・立案・実施をいう。

・【エイズ対策】

エイズ対策はエイズ予防、検査といった医療政策の企画・立案・実施をいう。

・【医療行政管理】

医療サービス施設の管理・運営や医療関係者の登録・管理等医療行政に関する管理事務全般をいう。

・【医療研究】

各種研究機関で行われる保健医療関係全般の研究をいう。

競合性は2つの基準を設定している。公衆衛生等は他人に妨げられることなく消費することが可能であり、そのような財を消費する際には混雑は生じないため、非競合的である。それに対して、公立病院や私立病院は施設や設備だけではなく、医師や看護婦等の人的資源を通して医療サービスを提供する。そのような医師による医療サービスは競合的である。またその他患者輸送サービス、診療所、公立歯科、私立歯科、処方箋薬、医療器具、その他医療従事者も同様に競合的である。

次に排除コストも2つの基準を設定している。医療サービスは私的財に近い性質を持つことから、基本的には市場取引に類似した形で排除をした場合でも、排除コストはかからない。しかし消費が強制的である公衆衛生等はいったん政府が健康促進政策等を実施した場合には、その状況から住民を排除するのは技術的に不可能である。

外部効果も2つの基準を設定している。公立病院、診療所等、処方箋薬、公立歯科、の外部効

果に関してはほぼ地域に限定していると考えられる。つまり、住民は基本的には自分の地域にある医療施設を通じて医療サービスを受け、治療をするため外部効果は小さいが、病気には感染性や伝染性のものも含まれる。そのような観点からは、医療サービスは一定の外部効果がある。それに対して、私立病院については基本的には外部効果は小さい。それは私立病院が医療サービスの選択性において公立病院との差別化が図られ、より個人の欲求を満足させることが可能であるためである。しかし私立病院であっても基礎的な医療に関しては公立病院の外部効果と同様に位置付けることができる。また、それ以外の患者輸送サービス、医療器具等は外部効果が小さい。それに対して純粋公共財に近い財である地域衛生、公衆衛生、エイズ対策、医療行政管理、医療研究については外部効果があると考えられる。

これまで、競合性、排除可能性、外部効果の観点から、それぞれの公共サービスの性質を検討してきた。それに対して、再分配政策は公共サービスの性質そのものではなく、政策的位置付けである。本稿ではオーストラリアの実際の制度がどのように位置付けているのかによって、3つの基準を設定している。

まず、地域衛生、公衆衛生、エイズ対策、医療行政管理、医療研究といった純粋公共財に近い財について政府による税金投入の意味としては、再分配政策というよりむしろフリーライド問題等の解消にあると考えられる。

公立病院は、オーストラリアにおいては医療サービスの中心的役割を果たしている。公立病院で治療を受ける場合には公的負担により基本的には無料で診療を受けることができる。これは伝染性の病気等に関連した外部効果に着目して政府が外部効果を補正する他に、再分配政策を行うことで、所得の多寡に関わらず基礎的な医療サービスを受診できる環境を整えていると考えることができる。また、同様に診療所等は第一次診療としての役割をもつ医療機関である。したがって、住民に対する基礎的医療サービスの提供としての役割があり、診療所の外来に関しても無料で受診できる。そのため、診療所は公立病院と同様に位置付けることができる。

処方箋薬はメディケアとは別に PBS が設けられている。これは住民がその地域において、必要な薬を購入することを保証すると同時に、処方薬の価格を設定している制度であり、患者の自己負担が過剰とならないような配慮がされている。このように処方箋薬に関しては安価でサービスを受けることができるように制度が整備されているが、公立病院のように制度上無料ではなく一部自己負担となっている。

患者輸送サービスはその運営機関及び料金は各州で異なっている。2003年7月よりクイーンズランド州の住民には Queensland Ambulance Service Subscription Scheme という制度が取り入れられ、無料で救急車等の医療サービスを受けることが可能になった¹²。この制度は電気代を納めている人は強制的に負担することになり、この料金を負担することによって救急車の利用料金が無料になる。このように一部の州では自宅から病院までの患者輸送サービスに対しては患者輸送サービスを利用しない人から利用する人に対して再分配政策を行っている。しかし、その他の州では基本的には自宅から病院までのサービスに再分配政策は行われていない。

歯科治療に関してはオーストラリアの歯科医師の約8割が一般歯科医師であり、専門歯科医師

が1割に過ぎず、メディケアで支払われるのは専門医たる歯科医師による医療サービスのみである。つまり歯科診療の多くが保険診療の対象外となっている¹³。したがって歯科診療について政府は再分配政策を行っていない。しかし、一部専門医たる歯科医師が行う医療サービスに関してはメディケアによって支払われることから、公立歯科に関しては再分配政策が行われている。

その他の医療従事者による医療サービスは再分配政策の対象とはなっていない。しかし、高齢者福祉に位置づけられるものについては再分配政策が行われており、高齢者の負担が一部軽減されている。

私立病院においても基礎的な治療をするという点では公立病院と同じサービスが提供されている。その一方で、サービスの内容や質において公立病院と差別化が図られ、外部効果の小さいサービスもある。基礎的な医療について公立病院でプライベート患者を選択した場合や、私立病院で受診した場合にはメディケアから一定額が還付されることから、△としている¹⁴。一方で、それ以外の外部効果の小さい医療サービスについては再分配政策を行っていない。

医療器具については基本的には再分配政策は行われていない。しかし、連邦政府が1981年に障害者に対する補助具供給事業を導入したことにより、障害者に対する補助具を無料で支給をしている。そのため、一部の医療器具に対しては再分配政策が行われている。

6.1.(2) 医療サービスの負担のあり方

これまで、医療サービスの内容をいくつかの受益者負担の判定要素の観点から特徴づけてきた。次にそれぞれの負担方法について検討する¹⁵。政府が財・サービスを供給する場合、その財源調達の主な手段としては租税と料金及び保険料等が考えられる。

まず地域衛生、公衆衛生、エイズ対策、医療行政管理、医療研究といったサービスは第五分類と位置付けられる。これらのサービスはいったん供給されれば消費は非競合的になされるため排除不可能である。この場合受益者負担の可能性はなく、これらのサービスの負担は租税が望ましい。

次に公立病院、診療所等、公立歯科は第一分類と位置付けられる。これらのサービスは競合性が高く、また排除可能であるため、基本的には料金による受益者負担が可能である。しかし、これらのサービスによる外部効果は地域にまで広がる可能性がある。また再分配政策を行っており、サービスの供給から取って負担しない者を排除することをせず、一定の供給量を確保している。そのため負担の手段としては租税が考えられる。しかし、診療所等の統計上含まれる公立病院におけるプライベート患者及び私立病院でのメディケア対象の医療サービスに関しては、部分的に受益者負担が可能となる。

処方箋薬に関しては基本的には第一分類であるが、公立病院のように完全に無料で医療サービスを受けることはできない。このサービスも公立病院等と同様に競合性が高くまた排除可能であるため、受益者負担が可能である。しかし、処方箋薬についても公立病院等と同様、一定の外部効果があると同時に再分配政策が行われている。そのため外部効果の補正と再分配政策は租税による負担となり、それ以外の部分について受益者負担が可能となる。

次に私立病院、患者輸送サービス、私立歯科、医療器具、その他医療従事者は競合性が高く、負担をしない者を排除することが可能である。また外部効果は小さい。したがって、十分に受益者負担の可能性があり、負担の手段としては手数料等によることが望ましい。しかし患者輸送サービス、医療器具については一部の州では、再分配政策が行われていることから租税による負担となり、受益者負担の可能性はない。またその他医療従事者は一部自己負担による再分配政策が行われていることから受益者負担の可能性はあるものの、限定的である。

図3 医療サービスの内容と受益者負担の可能性

財・サービスの内容		受益者負担判定要素				受益者負担の可能性	分類
		競合性	排除可能性	外部効果	再分配政策		
消費の自発性を有する財	公立病院	○	○	○	○	×	第一分類
	私立病院	○	○	×	×	○	第四分類
	患者輸送サービス	○	○	×	×	○	第四分類
					○	×	第三分類
	診療所等	○	○	○	○	×	第一分類
					△	△	第一分類
	公立歯科	○	○	○	○	×	第一分類
	私立歯科	○	○	×	×	○	第四分類
	処方箋薬	○	○	○	△	△	第一分類
	医療器具	○	○	×	×	○	第四分類
					○	×	第三分類
	その他の医療従事者	○	○	×	×	○	第四分類
					△	△	第三分類
消費の強制性をもつ財	地域衛生	×	×	○	×	×	第五分類
	公衆衛生	×	×	○	×	×	第五分類
	エイズ対策	×	×	○	×	×	第五分類
	医療行政管理	×	×	○	×	×	第五分類
	医療研究	×	×	○	×	×	第五分類

※筆者作成。

6.1.(3) 医療サービス別の負担の現状

これまでオーストラリアの現状を踏まえて受益者負担の可能性に言及してきた。次にそれぞれの医療サービスが実際にどのような財源によって負担されているのかに言及する。そしてそれを踏まえてこれまで検討してきた受益者負担の可能性と比較し、負担における矛盾点を明らかにする¹⁶。

公立病院及び公立歯科の運営のための財源は図4より明らかなとおり、9割以上の財源が連邦政府の拠出する補助金と州政府の一般財源であり、残りはプライベート患者からの医療費収入である。これまで公立病院は受益者負担の可能性はないと位置付けたが、現実のオーストラリアの制度に関しても、公立病院の提供する医療サービスの多くが租税によって賄われている。同様に受益者負担の可能性はないとした診療所等であるが、図4においては8割弱が政府からの補助金により運営されており、残りは個人負担となっている。このことから、診療所等による医療サー

ビスも基本的には租税によって負担されていることがわかる。

処方箋薬に関しては実際に政府と個人負担で全体の半分ずつを負担している。受益者負担と租税による両方の負担が可能であるとの位置付けと矛盾はない。受益者負担となっている薬品は外来診療において医師が処方した薬剤以外が多く、これら薬品については外部効果も小さく再分配政策を行っていない。それに対して租税負担となっているのは外来診療において医師が処方した薬剤に対してであり、一定の外部効果があり、再分配政策を行っている。これらの財の性質と制度を反映して、現実的にも政府と個人負担の両者による負担となっている。

私立病院の運営に伴う財源は4割が連邦政府及び州政府であり、残りの6割が民間保険及び個人負担となっている。これまで私立病院に関しては十分に受益者負担の可能性があるとして位置付けている。しかし、現実には私立病院に関連するサービスに4割程度租税が用いられており、これは民間保険へ個人を誘導する政策として、個人が支払った民間保険料の30%をリバートする制度に対するものである。この制度によって私立病院の医療サービスの負担の位置付けと実際の負担の関係に乖離がみられる。

次に私立歯科に関しては医療サービスの約9割が民間医療保険や個人負担によって賄われている。私立歯科に関する医療サービスは十分に受益者負担の可能性があるというこれまでの位置付けと現実の制度の間に矛盾はない。

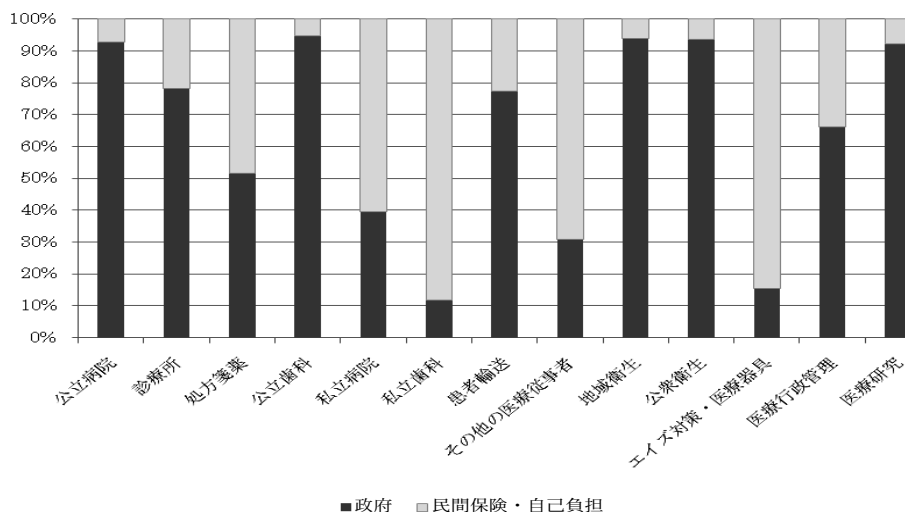
患者輸送サービスはこれまでの位置付けでは一部の州を除いては十分に受益者負担の可能性があるとしている。しかし、実際の負担割合では8割近くを政府が負担している。政府による負担は主に一部の州における無料の救急車サービス又は病院間の施設移動に関する負担と考えられる。これに関しては再分配政策が一部の州で行われているため、受益者負担の可能性はなく租税負担となる。それに対して一部の州を除く多くの州が自宅から病院までの患者輸送サービスは民間保険による負担もしくは自己負担となっている。このように再分配政策として租税が投入されているため、実際の負担割合では租税が多くを占めているものの、その内容においてはこれまでの枠組みと現実の制度の間に矛盾はない。

その他の医療従事者は十分に受益者負担の可能性があるサービスと限定的に受益者負担の可能性のあるサービスの2つがあると位置付けている。実際の制度では7割が個人負担であり、残りの3割は連邦政府による補助金である。このサービスは基本的には受益者負担により運営されているものの、地域・在宅ケアといった高齢者福祉に位置づけられるものについては再分配政策が行われ一部租税によって補助されている。そのため、これまでの位置付けと矛盾はない。

次に共同消費性がある医療サービスについて現実のオーストラリアの財源配分を検討する。地域衛生と公衆衛生であるが、この2つの現実の財源配分をみると、どちらも9割以上租税によって賄われており、これまで受益者負担とすることはできないと位置付けていることと差異はない。また医療行政管理費及び医療研究についても、これまで受益者負担とすることはできないサービスと位置付けている。医療行政管理費は民間保険会社によって負担されている部分があるが金額的には僅かであり、これらのサービスもほぼ租税によって負担されていると考え

られる。

図4 医療サービスの項目別財源割合（2007年度）



資料：AIHW（2009）, p.115 より作成。

6.2 医療保障サービスの問題点～民間保険料リベート制度がもたらす影響～

これまで現実のオーストラリアの制度を受益者負担の可能性という枠組みを用いて評価してきた。そこで次にその枠組みと現実の制度との間に乖離のあった私立病院への税金の投入がどのような影響を与えるのかを検討する。私立病院に対する政府の負担は前述したように主に個人が支払った民間保険会社への保険料の30%を個人所得税からリベートする税額控除制度に関するものである。そのため、2007年度の再分配前所得のローレンツ曲線と30%Private Health Insurance Rebate 集中度曲線を用いてそれらを比較する。これらの曲線を用いることで30%Private Health Insurance Rebate の所得階層別の割り当ての状況を視覚的に把握することができる。

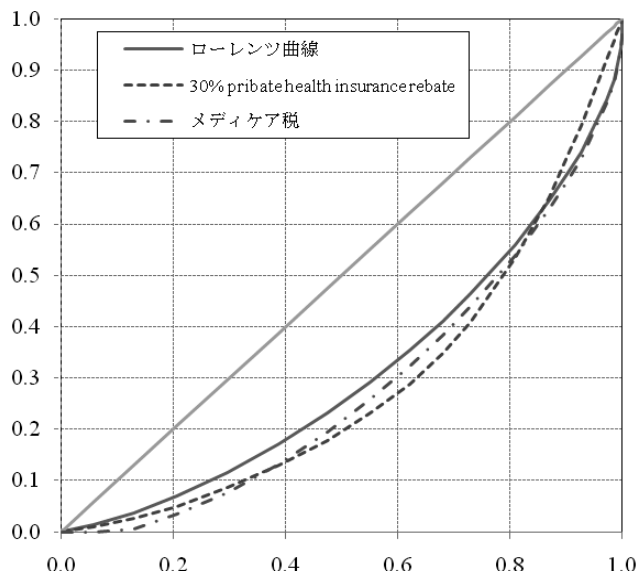
図5におけるそれぞれの曲線からわかるとおり、メディケア税集中度曲線はローレンツ曲線より若干であるが下方に位置している。これはメディケア税の負担が所得以上に中・高所得層に集中していると考えられ、累進的な税であると位置付けられる。それに対して、30%Private Health Insurance Rebate 集中度曲線は税額控除の集中度曲線であるから、その曲線が45線もしくはローレンツ曲線より上方に位置していれば、所得の低い世帯に相対的に多くの還付がされていることになる。しかし現実的にはローレンツ曲線より下方に位置しており、中・高所得層に集中している。政府が拠出する民間医療保険に対するリベートは現在年間で36億ドル以上であり、制度の導入当初より10倍近く増加している傾向にあるが、その多くは中・高所得層に集中しているといえる。オーストラリアではこの制度に対して中・高所得層を優遇する政策であるとの指摘がある¹⁷が、今回の検討ではそれを裏付ける結果となった。

しかし、中・高所得層に対する民間保険の加入を促進させることは、無料で受診することがで

きる公的病院の医療サービスの混雑を緩和させるという外部効果の発生に間接的に寄与するものと考えられる。さらに、民間保険への加入を促進することで、公的な医療サービスの財源となるメディケア税等を支払っていないが、中には無料の医療サービスを受診しないことを選択する場合も考えられる。つまり、たとえ同じ所得であっても、無料の医療サービスを選択する場合もあれば民間保険を通じて私的な医療サービスを利用することも可能となり、個人の選好によってどちらかを選択することができる。民間保険加入者が私的な医療サービスを選好するようになれば、公立病院における無料の医療サービスは所得再配分の一形態となりえる。この制度に限れば、これまでの受益者負担の可能性を探る枠組みと現実の制度との矛盾が必ずしもマイナスの影響を及ぼすわけではないとも考えられる。

公的負担による妥当性を評価するにあたっては、単に公的資金が中・高所得層に集中しているという側面からだけでは不十分であり、財政制度が及ぼす外部効果、再分配効果にも着目する必要がある。

図5 ローレンツ曲線と集中度曲線（2007年度）



資料：ATO（2009）Personal tax table 5A 及び 5B より作成。

7. おわりに

本稿ではオーストラリアにおける現実の医療保障制度を受益者負担の可能性という枠組みを用いて評価してきた。最後に近年のオーストラリアの医療保障サービスの制度改革の動向について触れておわりにとする。

2010年4月にCOAGの主導のもとNational Health and Hospitals Network Agreementに5州2準州¹⁸が合意した。主な合意の内容に州政府から連邦政府への公立病院運営移管¹⁹がある。このこと

に伴いその財源として Goods and Service Tax の税収の3分の1を州政府に配分せず連邦政府に留保することになった²⁰。この留保分については直接医療サービスの供給の原資となり、公立病院の医療サービスに対して60%を連邦政府が負担する。さらにGP、初期治療、高齢者医療についての医療サービスも連邦政府が負担することとしている。

このように連邦政府が公立病院やGPの財源調達のみならず、管理・運営までの責任を移管している背景には長年にわたり Cost shifting²¹の問題があった。ここ数年にわたり公立病院の運営に関する財源負担は州政府が増加する一方、連邦政府の負担は減少していたことから、Cost Shiftingの問題は見逃せない課題であった。そのため、複雑であった医療サービスに関する負担と責任を連邦政府の管理とすることで、その問題を解決することが背景にある。これにより、長年に渡り州政府の権限であった医療行政を財政力の異なる州間でどのように財源を割り当てながら行っていくのかという難問が、連邦政府への権限・財源の集中化という方向性で解決が図られようとしている。

※本稿は2010年6月20に行われた日本地方財政学会第18回大会（青山学院大学）における報告論文を加筆・修正したものである。その際、討論者をお引き受けいただいた花井清人先生（成城大学）、および本稿の審査にあたられた先生方から数多くの貴重なコメントをいただいた。ここに記して感謝申し上げたい。もちろん、本稿についての一切の誤りは筆者に帰することはいうまでもない。

注

- ¹ 先行研究として K.N.Münch[1976]がある。
- ² 半谷[2006]、pp.52-54。
- ³ 動物園や博物館のように共同消費される施設は混雑財であり、本稿においては競合性のある財と位置付けているため排除可能である。
- ⁴ なお、中井（2007）は「消費の外部性 100%」としている。
- ⁵ 大浦[2008]、185-188。
- ⁶ 憲法の改正の後 1947 年には 2 回目の法案が提出され、「新薬剤給付法」は承認されることになる。
- ⁷ 連邦政府は公立病院の入院について無料とすることに同意した州政府に対して特定目的補助金を支出した。このように憲法上明文化された形ではなく、補助金という形で連邦政府が州政府へ保険医療行政に影響力もつようになったと指摘されている。大浦[2008]、p186。
この公立病院の無料化は 1952 年に廃止されることになる。
- ⁸ 藤崎、高木[2008]、p243。
- ⁹ メディバンク法案は 1973 年 12 月、1974 年 4 月、1974 年 7 の合計 3 回上院に否決されたものの、1974 年に可決される。
- ¹⁰ プライベート患者の定義は小松・塩野谷[2008]においては医師を指名する患者とされている。そのため、本稿においてもその定義を用いることにする。
- ¹¹ 連邦予算では 2010 年 7 月 1 日以降課税所得が 9 万ドル（夫婦では 18 万ドル）を超えると 1.25%、課税所得が 12 万ドル（夫婦では 24 万ドル）を超えると 1.5%で課税される。
- ¹² この制度の料金は前述のように電気会社などの請求書に自動的に税金として含まれる。
2010 年 7 月 1 日より 1 日 29.877 セント負担することになっている。
- ¹³ 藤崎、高木[2008]、p 249。
- ¹⁴ この基礎的な医療サービスに関しては統計上「診療所等」に含まれている。
- ¹⁵ 負担方法を検討する場合の再分配政策であるが、これは財の性質とは直接的に関係はなく政府の政策的意思決定に依存している。そのため、本稿での負担のあり方が必ずしもオーストラリア以外の国に当てはまるとは限らない。
- ¹⁶ エイズ対策及び医療器具は統計上の資料でまとめて表記しており、医療サービス別の割当が明らかではない。そのため現実の制度の評価は行っていない。
- ¹⁷ 先行研究においては特にこの制度になって中・高所得層を優遇する傾向が強くなっていると指摘しており、その解決策として、ミーンズテストを導入すること等を提案している。
- ¹⁸ 西オーストラリアは現時点で合意に至っていない。
- ¹⁹ オーストラリアでは 1990 年代より有料道路、病院、教育、スポーツ施設等で民間部門への業務委託も進んでいる。
- ²⁰ これまでは GST の全額が州政府に配分されていた。
- ²¹ Cost Shifting とは主に他の政府レベル（連邦もしくは州）の領域に代わって地方自治体がサービスの提供に合意するが、それに対応する歳入獲得能力を付与されないという意味である

参考文献

- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (2009), *Health expenditure Australia 2007-08*.
- Australian Taxation Office (ATO) (2009), *Taxation statistics 2007-2008*, Commonwealth of Australia, Canberra.
- Commonwealth Grants Commission (2004), *Report on State Revenue Sharing Relativities 2004 Review*, AGPS.
- Commonwealth Department of Health and Aged care (2000) *The Australian Health Care System An Outline*, AGPS.
- Commonwealth Department of Parliamentary Services (2009), *Tax Laws Amendment (Medicare Levy and Medicare Levy Surcharge) Bill 2009*.
- Commonwealth of Australia (2007) *Tax Expenditure Statement 2005-06*.
- Commonwealth Treasury (2010), *Tax Expenditures Statement*, Canberra: AGPS.
- Cornes, R. and T. Sandler (1996), *The Theory of Externalities, Public Goods, and Club Goods*, 2nd ed, New York, Cambridge University Press.
- Duckett, S. J. (2000) *The Australian Health Care System*, Oxford University Press.
- Duckett, S. and Jackson, T. (2000), 'The new health insurance rebate: an inefficient way of assisting public hospitals', *Medical Journal of Australia* vol.172, no. 439-42.
- English, L. M. (2006), "Public Private Partnerships in Australia: An Overview of Their Nature, Purpose, Incidence and Oversight", *University of New South Wales Law Journal* 29(3), pp 250-262.
- Mackey, P. and G. Winter (1996) *The Medicare Levy: Rationale and Revenue, Research Note 26, 1996-1997*, Department of the Parliamentary Library.
- Münch, K.N. (1976), *Kollektive Güter und Gebühren*.
- Ms Eva LIU and Ms Vickly LEE (1998), *Health Care Expenditure and Financing in Australia*. Research and Library Services Division Provisional Legislative Council Secretariat.
- Richardson, J. (1998), 'The health care financing debate', in G. Mooney and Scotton, R. (eds), *Economics and Australian health policy*, Allen & Unwin, St Leonards, NSW.
- Smith, J. (2000), 'Tax expenditures and public health financing in Australia', Discussion Paper no. 33, *The Australia Institute*, Canberra.
- 大浦一郎 (1987)、『オーストラリア財政論』、文真堂。
- (1995)、『オーストラリアの社会保障制度の発展』、明治学院大学『経済研究』第106号。
- 小松隆二・塩野谷佑一 (2008)、『先進諸国の社会保障②ニュージーランドオーストラリア』、東京大学出版会。
- 中井英雄 (2007)、『地方財政学：公民連携の限界責任』、有斐閣。
- 西村淳 (1997)、『飛躍的拡大を遂げたオーストラリアの社会保障－高齢者ケア改革を中心に－』、『週刊社会保障』Vol.51, No.1938, 法研。
- 花井清人 (2003)、『オーストラリアでの財政分権化・税源移譲の課題』、成城大学『経済研究』第159号。
- 半谷俊彦 (2006)、『応益課税に基づく公平の地方税制のあり方－ドイツ等価原則の再検討－』、八巻節夫他『等価負担原則と財政構造改革』東洋大学現代社会総合研究所、研究プロジェクト年報第3号。
- 藤崎清道・高木安道 (2008)、第13章 医療制度と医療保障、小松隆二・塩野谷佑一編『先進諸国の社会保障②ニュージーランドオーストラリア』、東京大学出版会、pp243-261。
- 丸尾美奈子 (2009)、『オーストラリアの医療保障制度について』、『ニッセイ基礎研 report』No.151, pp.4-11。
- 八木原大 (2010)、『オーストラリアの福祉制度－医療保障制度を中心に－』、大東文化大学『経済研究』第23号。
- 八巻節夫 (2006)、『適正負担の原則と公民連携』、八巻節夫他『『三位一体改革』と地方分権－受益と負担の一致の視点から－』東洋大学現代社会総合研究所、研究プロジェクト年報第5号。